公費負担受給者届

【記入例】

認定伺	常務理事	事務長	主査	担当者

受給者	氏名	健保　太郎 続柄（　長男　）	住所	大田区南雪谷○―○―○
	生年月日	昭 平　2015年　1月　5日	性別	㊚　・　女

公費の種類	該当するものに○印を付けてください。 ・結核予防法　・精神衛生法　・老人医療（70歳以下の人のみ） ・生活保護法　・母子保健法 ・身体障害者福祉法　・乳幼児医療　・小児慢性疾患 ・児童福祉法　・特定疾患　・都道府県の助成事業 ・その他（　　）

受給期間	2018年　1月　1日　～　2018年　12月　31日　・　期限なし	
病名	・公費の対象となる疾病 （　　）	・すべての疾病
自己負担	有　負担額　（　　円） 負担割合　（　　割）	㊥
上記自己負担「有」の人のみ記入	・自己負担を支払い、後日区市町村へ申請しているか。 いる　⑴ 毎月 ⑵ 公費負担を受けはじめた月のみ ⑶ その他（　　） ※⑴～⑶いずれかに○印 ・いない	

2018年　1月5日

東京電力健康保険組合理事長 殿

被保険者

所属事業所名	HD 本社
被保険者証記号・番号	100　－　1122222
現住所	大田区南雪谷○―○―○
氏名	健保　花男　　内線（ 91－0000 ）
連絡先（内線）	91-1111

※押印は廃止となっております。